



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Ferrato dos Santos, Gabriel

Inquéritos nacionais de saúde: o gestor e o pesquisador

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 11, núm. 4, outubro-dezembro, 2006, pp. 882-883

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63011409>

- Como citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

com a utilização da PNAD como instrumento privilegiado, uma vez que seu objetivo é a produção de informações básicas para o estudo do desenvolvimento socioeconômico do País. Antes de pensar na elaboração de um Inquérito Nacional de Saúde, achamos, contudo, que se deve explorar mais seriamente a possibilidade de contemplar a saúde no questionário base.

Pode-se argumentar com o IBGE que a parte de emprego e renda da PNAD está superdimensionada, até por fatores históricos ligados ao nascimento da pesquisa. Vejamos um exemplo: a PNAD tem pergunta sobre ocupação até para quem não trabalhou no último ano e pode não ter trabalhado nos últimos quatro anos!

Além disso, reforçando a idéia da realização de inquéritos domiciliares, achamos que estes devem também ser pensados como ferramenta útil para verificar se as informações dos sistemas administrativos estão melhorando ou não para nos orientar onde intervir com maior vigor para a melhoria desses sistemas.

Inquéritos nacionais de saúde:
o gestor e o pesquisador
National health inquiries:
the administrator and the researcher

Gabriel Ferrato dos Santos⁷

Na condição de gestor federal do Ministério da Saúde entre 1997 e 2002, tive a oportunidade de apoiar e participar, com o decidido suporte financeiro e com a visão estratégica da Secretaria Executiva daquele órgão, da retomada de várias pesquisas sobre saúde comandadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para nós considerado o órgão oficial com excelência para a execução dessas tarefas e com o qual poderíamos obter retratos da situação e reconstruir séries históricas de interesse para os pesquisadores e para o planejamento das ações do Ministério.

É interessante retomar esse tema não somente para o devido registro histórico, mas para mostrar o que movia o ministério no apoio a essas pesquisas: de um lado, ao recuperar a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária – AMS (realizada em 1998 e 2002, após um longo intervalo que vinha desde 1992), pretendia-se conhecer a situação e a evolução da capacidade produtiva ou oferta dos serviços de saúde do País. De outro, os suplementos saúde da Pesquisa Nacional por

Amostra de Domicílios – PNAD (também realizados em 1998 e 2002/2003) permitiriam analisar, entre outros, a situação e a evolução do acesso e da utilização dos serviços de saúde pela população, vale dizer, a demanda.

De forma complementar, foram apoiadas as ações do IBGE para a execução da Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF de 2002/2003 e da Pesquisa Nacional de Saneamento Básico de 2000, além do financiamento das ações para estabelecer a Rede Nacional de Informações em Saúde – RNIS e a Rede Interagencial de Informações em Saúde – RIPSa. Todas essas iniciativas ampliavam as possibilidades de se dispor de mais e melhores informações sobre o sistema de saúde nacional.

Além dos estudos e avaliações que essas pesquisas possibilitaram nos anos seguintes, cabe registrar que, pelo menos, as pesquisas de 1998 serviram de suporte para a tomada de decisões e para o desenho de algumas ações do ministério (não me refiro as de 2002/2003, pois somente serviriam de insumos ao próximo governo). De fato, só para citar alguns exemplos, a partir da pesquisa PNAD 1998 foi possível identificar a precariedade do acesso da população aos serviços odontológicos, que serviu de base para a tomada de decisão de incluir equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família. No caso da AMS, foi possível utilizar parcialmente a de 1998 para a tomada de decisão sobre novos investimentos, e a de 2002 seria uma base importante para propor um conjunto de investimentos que serviriam de suporte à implantação da Norma de Assistência Médico Sanitária – NOAS, pois permitiria cotejar os resultados da AMS com as propostas que adviriam do Plano Diretor de Regionalização – PDR e do Plano Diretor de Investimentos – PDI de cada Estado. O que se pensava é que esse conjunto de informações seria suficiente e adequada para preparar uma nova etapa do Projeto Reforsus – Projeto de Reforço à Reorganização do SUS que, em sua primeira versão (de 1996), havia atendido simplesmente às demandas das Comissões Intergestores Bipartite – CIBs, sem que existisse nenhum mecanismo de avaliação pelo Ministério.

Ressaltados os méritos dessas iniciativas, vou alinhar alguns elementos para reflexão tanto sob

⁷Instituto de Economia, Unicamp.
gabriel.ferrato@eco.unicamp.br

a ótica do gestor como do pesquisador. No caso das decisões sobre investimentos em rede física – unidades de saúde e equipamentos –, a AMS tem um papel a desempenhar, pelo menos, como uma base de dados que serve de ferramenta para o Ministério da Saúde poder discutir as demandas de Estados e municípios. Permite, ainda, examinar a compatibilidade da produção de serviços com a rede instalada. É claro que as informações da AMS não são suficientes, pois as decisões de investimento são extremamente dinâmicas (utilizando recursos municipais, estaduais e federais, com gastos diretos, por emendas parlamentares ou por convênios) e, com o advento da NOAS – e seus respectivos PDRs e PDIs –, provavelmente as demandas adquiriram maior credibilidade e maior probabilidade de acerto. De qualquer maneira, ela é fundamental para os estudos, análises e planejamento, pois além das possibilidades assinaladas, capta outras dimensões da oferta de saúde como o tipo e natureza das unidades, a quantidade e o perfil dos recursos humanos, o modo como operam essas unidades (serviços próprios, terceirizados, etc.) e assim por diante. Nesse sentido, e considerando que os investimentos relevantes em saúde têm um período de maturação relativamente longo, a AMS deveria ser realizada de dois em dois anos, coincidindo com os suplementos saúde da PNAD, que poderiam ser realizados a cada quatro anos. Desta forma teríamos, a cada intervalo de quatro anos, a possibilidade de examinar as condições da oferta e da demanda em saúde para todos os Estados e para o Distrito Federal.

No caso dos suplementos saúde da PNAD, além da periodicidade indicada, creio que ela deveria se aprofundar sobre o tema do acesso. Com algumas perguntas adicionais seria possível fechar o cerco sobre as condições de acesso, uma informação fundamental para se conhecer o desempenho do sistema de saúde do ponto de vista do atendimento às necessidades ou, pelo menos, da demanda da população. Com o questionário atual não se sabe, por exemplo, nem a distância, nem se a unidade de saúde procurada pertence ou não ao município do informante. No caso dos medicamentos, não se sabe se a pergunta refere-se ao acesso aos medicamentos na unidade de saúde

de na qual o informante foi atendido ou ao acesso gratuito por qualquer meio, e nem mesmo o tempo que esperou para obter o medicamento. As perguntas também deveriam se referir à sequência do atendimento inicial tais como o acesso aos exames complementares, tratamentos e internações, e o tempo decorrido em cada um dos casos. Sem essas informações, não se tem o quadro completo das facilidades ou dificuldades do acesso a todos os níveis de complexidade do sistema, fundamentais para o planejamento dos investimentos e das ações, ao mesmo tempo em que não mostra o panorama da integralidade prevista pelo sistema de saúde nacional. Aliás, creio que essa seja uma falha fundamental do suplemento saúde da PNAD que, provavelmente, coincida com um dos principais problemas de nosso sistema de saúde, embora desconhecido pelos estudiosos de forma ampla – a não ser por estudos de caso isolados – exatamente pela ausência de dados consistentes.

Não obstante esses esforços dos últimos anos, concordo com os autores – seja na anterior condição de gestor, seja na atual e permanente condição de pesquisador – que não dispomos de um sistema nacional de informações em saúde que possa compatibilizar os dados dos diversos sistemas com os inquéritos domiciliares, o que dificulta uma avaliação mais adequada do sistema de saúde nacional. Entendo, como consequência, que os suplementos saúde da PNAD deveriam permitir, pelo menos, a estimação dos dados para os maiores municípios ou grandes regiões em cada Estado. Por outro lado, a Pesquisa Nacional de Saúde, tal como proposta, deve complementar e integrar esse esforço. Um comitê, que deveria aproveitar a experiência da RIPSA, integrado por gestores e pesquisadores, é uma medida necessária para promover a integração das bases de dados rumo a um sistema nacional de informações mais amigável. E os recursos financeiros, como amplamente demonstrado pelas experiências anteriores, das quais participei, são facilmente mobilizáveis pelo Ministério da Saúde, contando com a parceria do IBGE, devendo constar do Plano Plurianual – PPA do Governo Federal para que se assegure o cronograma de pesquisas que for estabelecido.